

ID

# 眼科問診票

年 月 日

ふりがな  
お名前

年齢 歳 職業

- ① 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ ( はい ・ いいえ )
- ② 本日はどうされましたか？一番の症状・理由に○をしてください ( 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 )
- ・ 白内障 ・ 斜視 ・ 緑内障 ・ その他 ( )
  - ・ 健康診断や学校検診で異常を指摘された。( 視力低下 ・ その他 )
  - ・ 視力低下 ( 遠く ・ 近く ) ・ かすんで見える ・ ゆがんで見える ・ 黒いものが見える
  - ・ 二重に見える ・ 目つきがおかしい ・ 斜視と言われた ・ まぶたが下がる ・ まぶたが開けにくい
  - ・ 眼鏡処方希望 ※当院ではコンタクトレンズ処方は行っておりません。
  - ・ 目が赤い ・ かゆい ・ 腫れている ・ めやに ・ 目が痛い ・ ゴミ/異物が入った ・ 目が乾く
  - ・ けが (外傷) ・ その他の症状 (具体的に )
- ③ いつごろからですか？ 本日 ( ) 時頃、( ) 日前、( ) 週間前、( ) カ月前、( ) 年前
- ④ 現在、コンタクトレンズを使用していますか？ はい (ハード / ソフト) ・ いいえ
- ⑤ 今までかかったことのある大きな病気や手術経験はありますか？
- ・ 糖尿病 ( なし ・ あり ) ・ 高血圧 ( なし ・ あり ) ・ 喘息 ( なし ・ あり )
  - ・ 心臓病 ( なし ・ あり ) 歳 病名 治療
  - ・ 手術等その他 歳 病名 歳 病名
  - 歳 病名 歳 病名
- ⑥ 現在、他の医療機関に通院していますか？ ( はい ・ いいえ )
- ⑦ 現在、処方されているお薬はありますか？ ( なし ・ あり ) お薬手帳持参 ( なし ・ あり )
- ◆マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内の処方薬以外は、記載を省略可能
- ⑧ アレルギー ( なし ・ あり ) 食品名 薬品名
- ⑨ 妊娠 ( なし ・ あり ( 週) ) 授乳 ( なし ・ あり )
- ⑩ この1年間で、【特定健診】もしくは【高齢者健診】を受診しましたか？ ( はい ・ いいえ )
- ◆マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能
- ⑪ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ ( はい ・ いいえ )
- ⑫ 当クリニックでは、患者様のデータを個人が特定されない形で症例検討、学会等で使用させていただくことがあります。使用の可否に関しまして、どちらかに「レ点」をお願いいたします。  
なお、ご承諾いただけても診療には一切関係いたしません。  
( ) 承諾します ( ) 承諾しません

--	--	--

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。ご理解の上ご了承いただけますようお願い申し上げます。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算1: 4点、加算2: 2点 (マイナ保険証を利用した場合)